

BVGer C-4573/2019 vom 20. Juli 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-07-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4573_2019

FR: TAF C-4573/2019 du 20 juillet 2021

IT: TAF C-4573/2019 del 20 luglio 2021

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Es ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 2. September 2019 einzutreten ist (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 20. August 2019, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer rückwirkend eine vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2018 befristete Dreiviertelrente zugesprochen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der (weitergehende) Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 20. August 2019 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. August 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGER 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des

Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, war während mehrerer Jahre in der Schweiz erwerbstätig und wohnt aktuell in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Entsprechend kann - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - der Rentenanspruch aus deutschem und schweizerischem Invalidenversicherungsrecht aufgrund der wesentlich voneinander abweichenden Rentenbemessungssystemen nicht einheitlich beurteilt werden. So gelten in Deutschland gemäss § 43 Abs. 1 des SGB VI (Sozialgesetzbuch Sechstes Buch) Versicherte als teilweise erwerbsgemindert, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Als voll erwerbsgemindert werden demgegenüber insbesondere Versicherte eingestuft, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 SGB). Demgegenüber liegt der schweizerischen Invalidenversicherung eine feinere Rentenabstufung zugrunde (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG), was letztlich zu einer unterschiedlichen Beurteilung der Invalidität und der damit verbundenen Berentung führen kann.

E. 3.4

Der Beschwerdeführer macht sodann unter Verweis auf Art. 12 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (Sonderregelung bei Entsendung) geltend, es müssten auch die Regelungen der sozialen Sicherheit der BRD gemäss SGB VI (Sozialgesetzbuch Sechstes Buch) Beachtung finden, da er 1989-2004 nicht durchgehend in der Schweiz beschäftigt gewesen sei (BVGer act. 10). Dem hält die Vorinstanz entgegen, es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer als entsandter Arbeitnehmer beschäftigt gewesen wäre, sodass sich der Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente ausschliesslich nach schweizerischem Recht bestimme (BVGer act. 12).

E. 3.4.1

Gemäss Art. 12 Abs. 1 Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 unterliegt eine Person, die in einem Mitgliedstaat für Rechnung eines Arbeitgebers, der gewöhnlich dort tätig ist, eine Beschäftigung ausübt und die von diesem Arbeitgeber in einen anderen Mitgliedstaat entsandt wird, um dort eine Arbeit für dessen Rechnung auszuführen, weiterhin den Rechtsvorschriften des ersten Mitgliedstaats, sofern die voraussichtliche Dauer dieser Arbeit 24 Monate nicht überschreitet und diese Person nicht eine andere entsandte Person

ablöst.

E. 3.4.2

Dem individuellen Kontoauszug des Beschwerdeführers ist zu entnehmen, dass er von Februar 1989 bis Mai 1994 bei der D._____ AG in (...) und von November 2001 bis April 2004 bei E._____ in (...) angestellt war. In diesen Zeitspannen wurden entsprechende Beiträge an die Ausgleichskasse des Kantons F._____ geleistet (act. 128). Der Beschwerdeführer bestätigt denn auch, dass diese Arbeitsverhältnisse nach schweizerischen Sozialversicherungsrecht abgewickelt worden seien (BVGer act. 14; vgl. auch act. 100 S. 9). Demnach war der Beschwerdeführer in den genannten Zeitspannen bei schweizerischen Arbeitgebern angestellt, dies zunächst während mehr als fünf und später während mehr als zwei Jahren, und unterstand entsprechend dem schweizerischen Sozialversicherungsrecht. Soweit der Beschwerdeführer durch seine schweizerischen Arbeitgeber zur Ausübung seiner Tätigkeit als Reiseleiter in andere Mitgliedstaaten im Sinne von Art. 12 Abs. 1 Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 entsandt worden sein sollte, blieb er dabei weiterhin dem schweizerischem Sozialversicherungsrecht unterstellt. Hingegen gibt es keinerlei Anhaltspunkte für eine Entsendung im Sinne, dass der Beschwerdeführer von einem deutschen Arbeitgeber entsandt worden und er dadurch in den genannten Zeiträumen dem deutschen und nicht dem schweizerischen Sozialversicherungsrecht unterstellt gewesen wäre. Erläuternd ist anzufügen, dass im Fall einer Entsendung durch einen deutschen Arbeitgeber - was vorliegend für die in Frage stehenden Zeiträume aber nicht zutrifft - der Beschwerdeführer der deutschen Sozialversicherungsordnung unterstellt gewesen wäre und entsprechend auch keinerlei Anspruch auf Rentenleistungen aus der Schweiz haben würde.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 4.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 4.4

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

E. 4.5

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 4.6

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2). Dabei unterliegen auch die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten der richterlichen Prüfung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d).

E. 4.7

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.8

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.).

E. 5

Akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

E. 5.1

Aus dem Bericht vom 13. März 2013 von Dr. G._____, Facharzt für Neurochirurgie, ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer am 24. Januar 2013 operativ eine Dekompression LW4/5 und LW5/SW1 mit rigider Stabilisierung lumbosakral und dynamischer Stabilisierung LW4/5 durchgeführt worden war. Die Rückenschmerzen würden nicht mehr weiter fortbestehen und die Beweglichkeit habe sich verbessert. Unverändert bestehe das Taubheitsgefühl im Dermatome L5 fort. Alles in allem liege ein zufriedenstellendes frühpostoperatives Ergebnis vor (act. 19).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer wurde vom 27. Mai bis 17. Juni 2013 in der Klinik Bb._____ ganztätig ambulant behandelt. Im Bericht vom 9. Juli 2013 wurden folgende Diagnosen angeführt: Dorsale Stabilisierung LWK5/SWK1 mit Cage und dynamische Stabilisierung LWK4/5, Operation vom 24. Januar 2013 (ICD-10 Z98.8); Zweigefäss Koronare Herzkrankheit (KHK), STEMI-Hinterwandinfarkt 4. März 2012, bare metal Stent RCX 03/12 und RIVA-Stent 04/12 (ICD-10 I25.9); Übergewicht BMI 29.7 (ICD-10 E66.9); Hyperurikämie (ICD-10 E79.9; act. 8 S. 1). Unter sozialmedizinischen Aspekten seien nach der lumbalen Wirbelsäulenoperation und der bekannten koronaren Herzkrankheit nur leichte und maximal mittelschwere Arbeiten zumutbar, ohne besondere Stressbelastung, kein schweres Heben oder Tragen, länger dauernde Wirbelsäulenzwangshaltungen seien zu vermeiden (act. 8 S. 9).

E. 5.3

Zuhanden des Sozialgerichts H. _____ (Deutschland) wurden mehrere sozialmedizinische Fachgutachten erstellt (vgl. act. 7, 9, 10, 11). Im fachorthopädischen Hauptgutachten vom 19. November 2013 wurden unter Berücksichtigung der internistischen und neurologisch-psychiatrischen Zusatzgutachten folgende Gesundheitsstörungen angeführt: 1. Funktionseinschränkung der Wirbelsäule Chronische Schmerzkrankheit, muskulärstatische Insuffizienz Narbe nach lendenseitiger Versteifungsoperation L4-S1 mit verbliebener leichtgradiger Fussheber- und Grosszehenheberschwäche rechts Einzel-Grad der Behinderung 30 2. Herzmuskeldurchblutungsstörungen, Infarktnarbe, Stentversorgung, Herzleistungsminderung, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufstörungen Einzel-Grad der Behinderung 30 3. Funktionsstörung des Magens, Verdauungsstörungen Einzel-Grad der Behinderung 10 4. Chronisches Schmerzsyndrom mit körperlichen und psychischen Faktoren Einzel-Grad der Behinderung 30

E. 5.4

Vom 1. April bis 6. Mai 2014 wurde der Beschwerdeführer stationär in der Abteilung Psychosomatik/Psychotherapie der Klinik I. _____ behandelt. Im Bericht vom 15. Mai 2014 wurden folgende Diagnosen angeführt (act. 14 S. 1): 1. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3. Lähmungsgefühl der rechten Hand unklarer Ursache (ICD-10 F20.8) 4. Pseudoradikuläres HWS-Syndrom bei leichten degenerativen Veränderungen (ICD-10 M54.8)

E. 5.5

Mit Bericht vom 20. Mai 2014 führte Dr. med. J. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, aus, seines Erachtens liege eine Ulnaris-Irritation vor. Ein deutliches Engpasssyndrom habe er nicht finden können. Die gelegentlichen Funktionsstörungen des rechten Unterarms und der Hand mit Einschlafen und Fallenlassen von Gegenständen sei mit einem Karpaltunnelsyndrom rechts durchaus vereinbar. Es wäre atypisch für eine zervikale Spinalkanalstenose. Ausserdem hätten sich deutliche Zeichen einer Tendovaginitis im I. Strecksehnenfach und diskrete Zeichen einer Rhizarthrose rechts gefunden (act. 18).

E. 5.6

Im Bericht der K. _____ Klinik vom 25. Juni 2014 wurden die Diagnosen Spinalkanalstenose C3/4, Hypästhesie rechter Kleinfinger sowie Zustand nach Fusion L5/S1 bei Spondylolisthesis L5/S1, dynamische Fusion L4/5 angeführt. Am 23. Juni 2014 wurde der Beschwerdeführer an der HWS operiert (ventrale Dekompression C3/4 und ventrale Fusion C3/4). (act. 17).

E. 5.7

Mit Bericht vom 24. Oktober 2014 nannte Dr. med. L. _____, Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die Diagnose benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (ICD-10 H81.1). Der Lagerungsschwindel sei mit Nystagmus nachweisbar (act. 16).

E. 5.8

Aufgrund der Auswertung des Langzeit-EKGs stellte Dr. med. M. _____, Facharzt für Innere Medizin, im Bericht vom 24. November 2014 die Diagnosen Arrhythmie-Screening (ICD-10 I49.9) und ventrikuläre Extrasystolie (ICE-10 I49.3). Ansonsten sei das Langzeit-EKG unauffällig (act. 15).

E. 5.9

Im Bericht vom 16. Februar 2015 wurde über die Computertomographie der HWS des Beschwerdeführers vom 12. Februar 2015 berichtet, welche aufgrund der Indikationen Schwindel, Tinnitus und Ausschluss von Ischämien durchgeführt worden war (act. 20).

E. 5.10

Gemäss Verlaufsbericht vom Kardiologen Dr. med. N._____ vom 24. Februar 2015 habe sich anamnestisch und in den durchgeführten Untersuchungen insgesamt ein stabiler kardialer Verlauf gezeigt. Insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine Progression der koronaren Herzerkrankung ergeben (act. 22).

E. 5.11

Die Neurologin Dr. med. O._____ hielt in ihrem Bericht vom 11. März 2015 anamnestisch fest, der Beschwerdeführer habe weiterhin ein Rauschen auf den Ohren, es werde immer schlimmer. Die rechte Hand schlafe ein und sei geschwollen. Weiter führte sie aus, neurologisch bestehe kein Hinweis auf das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms bzw. eines Sulcus-ulnaris-Syndroms. Die Beschwerden seien am ehesten durch die HWS-Problematik bedingt (act. 21).

E. 5.12

Im Bericht vom 13. März 2015 des Orthopäden Dr. med. P._____ werden insbesondere Beschwerden an den Fingern und Händen in Form von Schwellungen, Taubheit und Kribbeln sowie ein Schwank- und Drehschwindel erwähnt. Eine Arbeitsunfähigkeit wird nicht attestiert (act. 25).

E. 5.13

Gemäss kaum lesbarem Bericht vom 14. März 2015 von Dr. Q._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig und eine Besserung der Leistungsfähigkeit nicht möglich (act. 24).

E. 5.14

Dr. med. L._____ nannte in seinem Bericht vom 28. April 2015 die Diagnosen benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (ICD-10 H81.1), Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.5) sowie Tinnitus auris beidseits (ICD-10 H93.1). Aufgrund des Schwindels sei die Verkehrstauglichkeit derzeit nicht gegeben (act. 38).

E. 5.15

Die Deutsche Rentenversicherung veranlasste alsdann folgende ärztliche Fachgutachten:

E. 5.15.1

Im fachorthopädischen Gutachten von Dr. med. R._____ vom 7. Mai 2015 werden folgende Diagnosen angeführt: Zustand nach OP LWS (ICD-10 Z48.8); Zustand nach OP HWS (ICD-10 Z48.8); chronisches LWS-Syndrom (ICD-10 M51.2); chronisches HWS-Syndrom (ICD-10 M54.2); Senk-Spreiz-Fuss beidseits (ICD-10 Q66.8). Als Nebendiagnosen werden Koronare 2-Gefässerkrankung, Vertigo und Tinnitus genannt. Im Rahmen der Epikrise und Beurteilung wurde ausgeführt, die Beschwerdesymptomatik der LWS sei nachvollziehbar und reichlich Analgetika abgedeckt. Persistierende Lähmungen hätten nicht gefunden werden können. Das strumpfförmige hypästhetische Areal rechter Unterschenkel könne keinem Segment zugeordnet werden. Lediglich der Ausfall des

Achillessehnenreflexes sei objektivierbar. Die angegebenen temporären Lähmungserscheinungen des rechten Arms könnten nicht nachvollzogen werden, auch würde sich keine Atrophie der Muskulatur in diesem Gebiet zeigen. Die Leistungsfähigkeit im bestehenden Beruf als Personaldisponent werde auf mehr als 6 Stunden eingeschätzt. Dies für Arbeiten ohne Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Ersteigen von Leitern, ohne Tätigkeiten auf Gerüsten oder mit erhöhter Unfallgefahr, ohne Tragen und Bewegen von Lasten. Zum Schwindel, dem Tinnitus sowie der Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit sowie des Durchhaltevermögens nahm Dr. med. R. _____ ausdrücklich keine Stellung (act. 26 S. 14 ff.).

E. 5.15.2

Im ärztlichen Gutachten auf den Gebieten Innere Medizin und Kardiologie nannte Dr. med. S. _____ folgende Diagnosen: Koronare Zweigefäß-Erkrankung; leicht eingeschränkte systolische Pumpfunktion des Herzens; Paroxysmales Vorhofflimmern; Hyperlipidämie; PAVK Stadium IIa; degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates und vor allem der Wirbelsäule mit chronischem Schmerzsyndrom; Lagerungsabhängiger Drehschwindel und Tinnitus beidseits. Zusammenfassend wurde aus kardiologischer Sicht festgehalten, dass sich seit 2012 ein relativ stabiler kardialer Verlauf und Befund zeige. Es würden sich keine Hinweise auf eine Progression der koronaren Herzkrankheit ergeben. Klinisch bestehe bei echokardiographisch nachgewiesener leichtgradiger Einschränkung der Pumpfunktion eine Dyspnoe Grad I-II nach NYHA. Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung hielt Dr. med. S. _____ fest, der Beschwerdeführer könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wechselweise im Stehen, Gehen oder Sitzen durchführen. Diese Arbeiten sollten nicht unter Zwangshaltung, auch nicht unter Zeitdruck, durchgeführt werden. Wechselschicht sei nicht zumutbar. Ausserdem sollten Arbeiten mit häufigem Bücken, extrem schwankenden Temperaturen sowie häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten vermieden werden. Die letzte berufliche Tätigkeit sowie eine dem Leistungsbild entsprechende Tätigkeit seien im Umfang von 6 Stunden und mehr möglich (act. 27 S. 9 ff.).

E. 5.15.3

Dr. med. T. _____ führte im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 30. Oktober 2015 folgende Diagnosen an: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41); Zervikozephalgie (ICD-10 M53.0) mit Schwindel und Taumel (ICD-10 R42) und Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1); Zervikobrachialgie (ICD-10 M53.1) mit Parästhesie der Haut/Hände (ICD-10 R20.2); Lumboischialgie (ICD-10 M54.4). In der Epikrise führte Dr. med. T. _____ aus, es zeige sich eine pathologische Einschätzung bezüglich der Coping-Mechanismen und der Eigenverantwortung. Hinzu kämen stresskorrelierte Erkrankungen wie Tinnitus und Schwindelsymptomaten zum Tragen. Insgesamt falle eine deutliche Differenz zwischen dem Selbstbild des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden auf. Als Beispiel sei zu nennen, dass der Beschwerdeführer angebe, nur leichteste Tätigkeiten im Haushalt verrichten zu können. Im Untersuchungsbefund zeige sich jedoch eine deutliche Verschwielung beider Hände, die rissig und mit alten Ölresten versehen seien. Diese Hände wirkten eher wie bei einem schwer mit den Händen arbeitenden Menschen. Des Weiteren beklage er massive Schwindelsymptome, die in der Untersuchung und im allgemeinen Laufen und Bewegen nicht eindeutig hätten nachvollzogen werden können. Auch die Schilderung der Schmerzen erscheine eher distanziert und ungenau bei subjektiv starker

Beeinträchtigung und vorgetragener emotionaler Beteiligung. Therapeutisch sei auch weiterhin noch intensiv anzusetzen. Bei den Einschränkungen, die tatsächlich ohne vernünftigen Zweifel vorhanden seien und auch nicht bei zumutbarer Willensanstrengung überwunden werden könnten, sei davon auszugehen, dass der zeitliche Umfang, in dem die letzte berufliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit eines fiktiven leidensgerechten Arbeitsplatzes ausgeübt werden könne drei bis sechs Stunden pro Tag betragen werde (act. 28 S. 9 ff.).

E. 5.16

Der Beschwerdeführer wurde vom 22. Februar bis 11. März 2016 im U._____ Hospital stationär-psychiatrisch behandelt. Gemäss Bericht vom 10. Mai 2016 wurde eine schwere depressive Episode vor dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F32.2; F60.8) diagnostiziert. Im Therapieverlauf hätten Stimmung und Antrieb stabilisiert werden können. Poststationär werde dringend eine ambulante Psychotherapie empfohlen (act. 40).

E. 5.17

Im Bericht der K._____ Klinik vom 18. Mai 2016 werden folgende Diagnosen angeführt: 1. Chronische Lumbalgie und Zervikalgie bei Zustand nach dorsaler Fusion L4-S1 und Zustand nach anteriorer zervikaler interkorporeller Fusion C3/4; 2. Rezidivierende Schwellung und Schmerzen der rechten Hand unklarer Genese (Differentialdiagnose: komplexes regionales Schmerzsyndrom/Thoracic outlet Syndrom); 3. Tinnitus auris beidseits; 4. Lagerungsschwindel. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht könne der Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Arbeit verrichten. Die letzte stationäre Behandlung vom 1.-5. Juni 2015 habe kaum Beschwerdebesserung erbracht (act. 32, vgl. auch act. 33 f. [Berichte der K._____ Klinik vom 11.05.2015 und 04.06.2015]).

E. 5.18

Dr. Q._____ führte in seinem ärztlichen Attest über den allgemeinen Gesundheitszustand vom 30. Juni 2016 zusammengefasst folgende Diagnosen an: 1. Chronisches Schmerzsyndrom mit andauernder Opiatpflichtigkeit bei Lumbalgie und Zervikalgie; 2. 3-Gefäss-KHK; 3. Paroxysmales Vorhofflimmern; 4. Hyperlipidämie; 5. Schwere depressive Episode auf dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung; 6. Arterieller Hypertonus; 7. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel. Infolgedessen sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, Arbeiten von wirtschaftlichem Wert drei Stunden täglich zu verrichten und stehe dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung (act. 42).

E. 5.19

Im ergotherapeutischen Bericht vom 1. Juli 2016 führte V._____ aus, bei aktiver kurzer Belastung der Nacken-Schulter-Arm-Partie (beispielsweise bei Halte- und Stütztätigkeiten, längerem Laufen/Sitzen) zeige sich nach kurzer Zeit eine Schwellung beider Hände und Arme. Diese führe zu einer motorischen Schwerfälligkeit und eine Schmerzerhöhung. Aufgrund der Symptomatik seien eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sowie eine belastbare Tätigkeit von bis zu 3 Stunden nicht möglich (act. 41).

E. 5.20

Das Sozialgericht H._____ veranlasste ein sozialmedizinisches Gutachten auf den Gebieten Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Das Gutachten von Dr. med. W._____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, datiert vom 16.

Februar 2017. Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: wiederkehrende depressive Störung, derzeit mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1); chronisches Schmerzsyndrom mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; act. 43 S. 28). In der Gesamtheit sei eine erheblich ausgeprägte Schmerzstörung mit Notwendigkeit der Einnahme zentral wirksamer Schmerzmittel in Kombination mit einer zumindest mittelschweren depressiven Episode zu beschreiben, die beide gemeinsam zu einer erheblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit sowohl im körperlichen als auch im psycho-mental Bereich führen und eine erhebliche Beeinträchtigung des Durchhaltevermögens bedingen würden. Aus nervenärztlicher Sicht sei derzeit kein positives Leistungsvermögen festzustellen (act. 43 S. 34 f.).

E. 5.21

IV-Psychiater Dr. med. X._____ hielt mit Stellungnahme vom 15. November 2017 hinsichtlich des sozialmedizinischen Gutachtens vom 16. Februar 2017 von Dr. med. W._____ fest, der Psychostatus sei unvollständig, begründe aber keine schwerere psychiatrische Störung. Die vielen psychologischen Testungen seien in einem psychiatrischen Gutachten obsolet, vor allem wenn keine Symptomvalidierung stattfindet. Ganz offensichtlich handle es sich hierbei aber um eine Schmerzstörung. Das Gutachten sei weder nachvollziehbar noch plausibel. Zudem könne anhand des Gutachtens die Standardindikatoren nicht beantwortet werden, weshalb er die Durchführung einer rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung in der Schweiz empfahl (act. 54).

E. 5.22

In der Folge wurde der Beschwerdeführer auf Veranlassung der Vorinstanz am 28. September 2018 durch Dr. med. Y._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. Z._____, FMH Rheumatologie, FMH Innere Medizin, in der Schweiz bidisziplinär begutachtet. Das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten datiert vom 8. Oktober 2018 (act. 99-102). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden folgende Diagnosen genannt (act. 99 S. 5 f.): mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3. Mässig ausgeprägtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4) bei dorsaler Stabilisierung LWK5/SWK1 mit Cage und dynamischer Stabilisierung LWK4/5, 24.01.2013 (ICD-10 Z98.8) - Status nach möglichem radikulären Reiz und Ausfallsyndrom L4 und L5 rechts - unklare, zirkumferente Hypästhesie untere Extremität rechts 4. Leichtes Zervikalsyndrom und Einschränkung der Beweglichkeit bei Status nach ventraler Dekompression HWK3/4 mit ventraler Fusion C3/4 mit Cage Einlage am 23.06.2014 ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

E. 5.23

Laut vorläufigem Arztbrief vom 23. März 2019 war der Beschwerdeführer vom 17.-23. März 2019 in stationärer orthopädischer Behandlung. Als Diagnosen wurden im Wesentlichen Gonarthrose am linken Kniegelenk sowie beginnende Gonarthrose am rechten Kniegelenk genannt (act. 124).

E. 5.24

Gemäss Bericht vom 5. August 2019 von Dr. med. Aa._____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz ergebe sich aus dem Bericht vom 23. März 2019 die bekannte Schädigung des linken Knies mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands nach Einsetzen der Prothese. Diese gesundheitliche Beeinträchtigung rechtfertige maximal während drei Monte

eine umfassende Arbeitsunfähigkeit. Aus somatischer Sicht ergebe sich kein neues medizinisches Element mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (act. 129).

E. 5.25

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen undatierten Bericht seines Hausarztes Dr. Q. _____ ein. Es wurden zusammengefasst folgende Diagnosen angeführt: 1. Chronisches Schmerzsyndrom mit andauernder Opiatpflichtigkeit bei Lumbalgie und Zervikalgie; 2. 3-Gefäss-KHK; 3. Paroxysmales Vorhofflimmern; 4. Hyperlipidämie; 5. Schwere depressive Episode auf dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung; 6. Arterieller Hypertonus; 7. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel; 8. Störung der Feinmotorik beider Hände; 9. Gonarthrose linkes Knie. Aufgrund dieser Diagnosen sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, Arbeiten von wirtschaftlichem Wert drei Stunden täglich zu verrichten (Beilage zu BVGer act. 10). 6. Die Vorinstanz hat insbesondere gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 8. Oktober 2018 erwogen, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers folgende Arbeitsunfähigkeiten bzw. Erwerbseinbussen verursacht habe: 100 % vom 22. Februar 2016 bis 12. März 2016 (stationärer Aufenthalt im U. _____ Hospital), anschliessend 60 % und seit dem 28. September 2018 (Datum der bidisziplinären Untersuchung) 30 % (vgl. act. 112; 114 S. 2; 136). In der Folge hat sie dem Beschwerdeführer rückwirkend eine vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2018 befristete Dreiviertelsrente zugesprochen.

E. 6

Spannungskopfschmerzen, möglich assoziiert zu Diagnose 2

E. 6.1

Der Beschwerdeführer moniert die Verkürzung der Bewertung seines Gesundheitszustands auf den Bereich der Psychosomatik. Neben arthritische Veränderungen beider Kniegelenke (beidseitiger Gelenkersatz 2019) leide er auch an massiven internistischen Einschränkungen in Gestalt eines Hinterwandinfarktes (2012) mit 2-facher Stentimplantation, der die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels irreversibel unter 40 % reduziert habe. Weder die orthopädischen noch die internistischen Einschränkungen seien jedoch berücksichtigt worden (BVGer act. 1 S. 3).

E. 6.2

Die Vorinstanz entgegnet, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten bidisziplinären Gutachtens seien sämtliche geklagten Beschwerden berücksichtigt worden. Dieses Gutachten sei beweiskräftig, was vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten werde (BVGer act. 7 S. 1). 7. Umstritten und zu überprüfen ist die vorinstanzliche Feststellung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und die Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Ausgangspunkt dieser Prüfung bildet das bidisziplinäre Gutachten vom 8. Oktober 2018.

E. 7

Ungerichteter Schwindel, aktuell kein paroxysmaler Lagerungsschwindel, kein vertebrogener Schwindel

E. 7.1

Das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 8. Oktober 2018 wurde von Dr. med. Z. _____, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, und Dr. med. Y. _____,

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt. Es beruht grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der Vorakten (vgl. act. 100 S. 6 f.; 101 S. 6-28; 102 S. 1-30) und andererseits aus den ausführlichen Anamneseerhebungen der beiden Gutachter ergibt (act. 100 S. 7-13; 101 S. 29-38). Dabei ist hervorzuheben, dass die Gutachter - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - sämtliche von ihm angegebenen Beschwerden berücksichtigt wie auch insbesondere die internistischen bzw. kardiologischen und orthopädischen (Verlaufs-)Berichte gewürdigt haben. Im Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet (vgl. act. 100 S. 14-20; 101 S. 38-48). Schliesslich haben die beiden Gutachter gemeinsam eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) abgegeben (act. 99). Insgesamt erfüllt das bidisziplinäre Gutachten die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise.

E. 7.2

Angesichts der psychiatrischen Diagnosen hat grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409). Die Gutachter haben entsprechend auch festgehalten, dass bei der Gutachtenstellung die bundesgerichtlichen Standardindikatoren berücksichtigt worden seien. Zu prüfen bleibt, ob im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren gestützt auf die diesbezüglichen gutachterlichen Feststellungen die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

E. 7.3

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Der psychiatrische Gutachter hat die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F32.0), und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt, was sich aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde nachvollziehen lässt und im Wesentlichen auch mit den Vorakten im Einklang steht.

E. 7.4

Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung wurde von den Gutachtern nicht festgestellt. In den Akten sind hierfür auch keine Hinweise ersichtlich.

E. 7.5

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.).

E. 7.5.1

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» zu nennen. Der psychiatrische Gutachter stufte anlässlich der Exploration die gegenwärtige depressive Episode als leichtgradig ein. So leide der Beschwerdeführer an Konzentrationsproblemen, Grübeln, einer leichten Anhedonie, Schuld- und Insuffizienzgefühlen, an einer erhöhten Ermüdbarkeit, einer

Reduktion des Appetits, Schlafstörungen und einer Reduktion der Libido. Affektiv sei er leicht deprimiert, nicht affektlabil und normal schwingungsfähig. Der Antrieb und die Interessen seien normal ausgebildet. Ein sozialer Rückzug finde nicht statt. Die gegenwärtig leichtgradige Episode sei auch im Rahmen der testpsychologischen Befunde bestätigt worden. Aufgrund früher festgehaltener depressiver Episoden unterschiedlichen Ausmasses mit dazwischenliegenden vollständigen Remissionen schloss der psychiatrische Gutachter auf eine rezidivierende depressive Störung. Im Weiteren müsse vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden, da die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen im Bereich des Rückens nicht ausreichend durch somatische Befunde zu erklären seien und sich im Anschluss an den Herzinfarkt 2012 entwickelt hätten, welcher einen erheblichen psychosozialen Belastungsfaktor darstelle, da sich der Beschwerdeführer durch dieses Ereignis erstmalig völlig hilflos und ausgeliefert gefühlt habe. So fühle er sich noch immer (vgl. act. 100 S. 14 f., 18 f.). Alsdann hat der psychiatrische Gutachter die Aktivitäts- und Partizipationsstörungen beurteilt und dabei auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten nach ICF Bezug genommen. Diese Beurteilung ergab aus psychiatrischer Sicht, keine Beeinträchtigungen bei Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiäre Beziehungen, Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit. Leichte Beeinträchtigungen würden bei Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Selbstbehauptungsfähigkeit und der Spontanaktivitäten bestehen. Mittelgradige Beeinträchtigungen würden bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit bestehen (vgl. act. 100 S. 16). Mit Blick auf die funktionellen Auswirkungen der Befunde wurde aus psychiatrischer Sicht schliesslich festgehalten, die aktuell leichtgradige depressive Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung führe durch die Reduktion der Konzentration, das Grübeln und die erhöhte Ermüdbarkeit, und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung durch die Schmerzen dazu, dass der Beschwerdeführer einen erhöhten Pausenbedarf habe und lediglich leichte körperlich wechselbelastende Tätigkeiten ausüben könne (act. 99 S. 6).

E. 7.5.2

«Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, stellen wichtige Schweregradindikatoren dar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Hierzu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vom 1. April bis 6. Mai 2014 und vom 22. Februar bis 11. März 2016 stationär psychiatrische/psychosomatische Rehabilitationen absolviert hat. Eine ambulante psychiatrische Behandlung habe bis anhin nicht installiert werden können und der Beschwerdeführer sei auf drei Wartelisten. Eine solche sei aber indiziert und es wäre dadurch eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik zu erwarten. Seit dem Aufenthalt im Jahre 2016 werde er aber mit einem Antidepressivum vom Hausarzt mediziert, wodurch sich die depressive Symptomatik bereits zu einer leichtgradigen depressiven Episode zurückgebildet habe (act. 100 S. 18 f.; vgl. auch 99 S. 11). In somatischer Hinsicht könne von einer Behandlungsresistenz gesprochen werden, da repetitiv Operationen durchgeführt würden, die keine Besserung bewirkten und tendenziell die Symptomatik eher fixierten. Der Schmerzmittelgebrauch mit Hydromorphon sei nicht gerechtfertigt, da dominant eine somatoforme Schmerzstörung vorliege (act. 101 S. 47). Den Angaben des Beschwerdeführers ist schliesslich zu entnehmen, dass er ca. 40 Physiotherapieeinheiten pro Jahr erhalte. Zudem würde er mit dem Theraband Gymnastikübungen durchführen, jedoch nicht ganz regelmässig (act. 101 S. 34).

E. 7.5.3

Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Aus der langen Diagnoseliste wurden in somatischer Hinsicht einzig das mässig ausgeprägte lumbospondylogene Schmerzsyndrom und das leichte Zervikalsyndrom als für die Arbeitsfähigkeit relevant gewertet. Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens wurde ausgeführt, der Ursprung der Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates sowie auch die psychosomatischen Beschwerden mit Entwicklung einer Schmerzkrankheit würden auf die Zeit des kardialen Ereignisses mit Herzinfarkt im März 2012 zurückgehen. Anlässlich der danach erfolgten Rehabilitation sei es zu unklaren Sturzereignissen und Hypästhesien im rechten Bein gekommen, was zu Abklärungen der Wirbelsäulenregion geführt habe und bei Vorliegen einer Spondylolisthese LWK5 und Abdrängung der Nervenwurzel L5, weniger L4, eine Stabilisierungsoperation im Jahre 2013 nach sich gezogen habe. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Hypästhesie respektive das Taubheitsgefühl im gesamten rechten Bein ab der Leiste abwärts nicht im Zusammenhang mit der Spondylolisthese und einem möglichen radikulären Reiz- und Ausfallsyndrom gestanden habe. Dieses Taubheitsgefühl sei aktuell persistierend und eines der Beschwerdebilder, welche der Explorand angebe und dadurch eine Einschränkung der Gangstabilität habe. Eine Ganginstabilität habe aber nicht objektiviert werden können, weder biomechanisch, neurologisch noch gleichgewichtsmässig. Retrospektiv sei schwierig auszusagen, ob diese Operation wirklich notwendig gewesen sei, da eine radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik nur partiell und als leicht beschrieben sei mit einer geringen Fussheber- und Grosszehenheberparese, ohne radikuläres Reizsyndrom. In der aktuellen Untersuchung zeige sich ein sakkadiertes Bewegen der Fussheber- und Grosszehenheberfunktion, was grundsätzlich eine normale Innervation voraussetze. Differenzialdiagnostisch bestehe auch keine anders liegende neurologische Erkrankung. Dies sei auch von den vorbeurteilenden Neurologen so gewertet worden. Eine sensomotorische Reiz- oder Ausfallsymptomatik könne nicht objektiviert und nicht provoziert werden. Eine Parese bestehe nicht, ebenfalls keine Muskelatrophie der das gesamte Bein innervierten Nerven. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die zirkumferente Hypästhesie des gesamten rechten Beines keinen ursächlich somatischen Ursprung habe. Im Weiteren seien Abklärungen aufgrund von Reizerscheinungen im rechten Arm, Tinnitus und Schwindelsymptomatik erfolgt, welche wirbelsäulenchirurgisch, neurologisch und HNO-ärztlich verschieden beurteilt worden seien. Eine klare Zuordnung mit auch elektrophysiologischen Messungen habe nicht erbracht werden können. Bildgebend habe eine Spinalkanalstenose auf Höhe HWK3/4 objektiviert werden können, welche gemäss Beschwerdeführer als mögliche Ursache der Armschmerzen rechts sowie der Schwindelsymptomatik und auch des Tinnitus gewertet worden sei. Kurzzeitig sei auch eine Sulcus Ulnaris Symptomatik und somit Nervenwurzel C8 und eine muskuläres Thoracic Outlet Syndrom als Ursache gesehen worden. Hier könne ausgesagt werden, dass keine Symptomatik einer Spinalkanalstenose HWK 3/4 retrospektiv anamnestisch erhoben werden könne und die Schwindelsymptomatik sowie der Tinnitus nicht auf die Spinalkanalstenose HWK3/4 zurückgeführt werden könne. Erstens bestehe kein neuroanatomischer Zusammenhang unterhalb HWK3 mit vertebrogenem Schwindel oder Tinnitus, andererseits sei diese Symptomatik auch nach Wirbelsäulenoperation mit Versteifung HWK3/4 nicht sistiert und eine Nervenwurzel C8 Symptomatik habe keinen

Zusammenhang mit der Stenose HWK3/4. Das differenzialdiagnostisch diskutierte muskuläre Thoracic Outlet Syndrom könne im Sinne eines persistierenden zervikospondylogenen Reizsyndroms eine pseudoradikuläre Symptomatik verursachen. Dies sei in einem der Austrittsberichte einer Rehabilitationsklinik psychosomatisch beschrieben worden und sei am ehesten korrekt. Retrospektiv sei die operative Versteifung und Dekompression im Bereiche der Halswirbelsäule als nicht klar indiziert zu werten (act. 101 S. 45 f.). Zusammenfassend ist dem Gutachten aus rheumatologischer Sicht zu entnehmen, dass die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule als postoperativ limitierend für eine körperlich belastende Tätigkeit zu sehen seien. Das operative Resultat sei jeweils sehr gut mit anatomisch und biomechanisch weitgehend erhaltener Funktion. Durch die Operationen sei jedoch eine Belastungslimitierung mitverursacht worden, welche durch den Beschwerdeführer fixiert werde. Die subjektiven Einschränkungen könnten nicht nachvollzogen werden. Die Taubheitsempfindung im rechten Bein sei für die angestammte Tätigkeit nicht relevant. Die übrigen (somatischen) Diagnosen seien ebenfalls ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. act. 99 S. 7; 101 S. 46).

E. 7.5.4

Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei deutlich dadurch gekränkt, dass er seine Frau nicht mehr unterstützen könne und öffentliche Orte wie zum Beispiel ein Fussballstadion nicht mehr zu besuchen traue. So sei aufgrund der gesamten Schilderung auch vom Vorliegen von akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) auszugehen. Die Schilderung des Beschwerdeführers der Vergangenheit sowie auch seiner eigenen Leistung würden zu Grossartigkeit tendieren. Trotzdem sei davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer Empathie vorhanden sei und die narzisstischen Persönlichkeitszüge nicht derart stark ausgeprägt seien, dass eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden müsse. Als Ressource des Beschwerdeführers könne gesehen werden, dass er nach wie vor eine partnerschaftliche Beziehung sowie freundschaftliche Kontakte über Jahre (teilweise bereits seit der Kindheit) aufrechterhalten und Hobbys nachgehen könne. Soziale Belastungsfaktoren seien nicht vorhanden. Die objektivierbaren körperlichen Ressourcen seien insgesamt höher als subjektiv gewertet. Es bestehe eine ausreichende Belastbarkeit für Tätigkeiten im Beruf und Alltag, was durch die aktuelle Alltagsgestaltung bewiesen werde. Als Beispiele werden die Spaziergänge mit den Hunden, die Möglichkeit von Kartenspielen bis zu 3 Stunden, Computertätigkeiten, Haushaltstätigkeiten und Bildschirmaufmerksamkeit angeführt (vgl. act. 99 S. 7 f.; 100 S. 18 f., S. 20; 101 S. 48).

E. 7.5.5

Unter dem Komplex «sozialer Kontext» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer eine gut funktionierende Ehe, Freunde und Verwandte habe. Er wohne mit seiner Frau zu Miete in einem Haus mit grossem Garten. Sie hätten keine Kinder, zwei Hunde, eine Katze und drei Hühner. Diese würde der Beschwerdeführer besorgen. Sie besäßen ein Wohnmobil, mit dem das Ehepaar so oft es gehe, wegfahre. Kürzlich seien sie in Frankreich und Spanien im Urlaub gewesen. Mit Freunden würden sie gerne Karten spielen. Der Kontakt zu den Eltern finde praktisch wöchentlich statt (act. 99 S. 7 100 S. 11; 101 S. 36 f.).

E. 7.6

In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4).

E. 7.6.1

Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus bestehen würden, diese seien jedoch gering ausgebildet und nur für eine körperlich belastende Tätigkeit relevant (act. 99 S. 8; 101 S. 47). Weiter wurde aus psychiatrischer Sicht ausgeführt, die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome der Schmerzen und auch der Depression seien konsistent. Der Beschwerdeführer sei zwar in der Lage den Alltag weitgehend selbständig zu bestreiten und auch Tätigkeiten im Haushalt zu leisten. Er traue sich jedoch nicht mehr, Auto zu fahren, keine schweren körperlichen Arbeiten zu leisten und sei generell in seiner Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt, was ihn glaubhaft kränke. Die Verunsicherung sei derart stark, dass er aufgrund des Schwindels und der Schmerzen gar an einem Rollator gehe (act. 100 S. 19 f.). Aus rheumatologischer Sicht wurde zudem festgehalten, die vom Beschwerdeführer berichteten Einschränkungen mit Sturzereignissen, Ganginstabilität und Schmerzsymptomatik, aktuell im Bereich des rechten Knies, hätten klinisch nicht provoziert und nachgeprüft werden können und seien in sich nicht konsistent. Sie würden dann auftreten, wenn der Beschwerdeführer sich darauf konzentriere (act. 99 S. 8).

E. 7.6.2

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit zwei stationäre psychiatrische/psychosomatische Rehabilitationen absolviert hat. Des Weiteren erhält er von seinem Hausarzt ein Antidepressivum. Schliesslich zeigt der Umstand, dass er sich auf Wartelisten für eine ambulante Therapie hat setzen lassen, seine Bereitschaft, sich in weitergehende psychiatrische Behandlung zu begeben.

E. 7.7

Nach dem Gesagten ist insgesamt von einem geringen funktionellen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auszugehen, was sich letztlich auch in den eigenen Angaben des Beschwerdeführers widerspiegelt. So ist er in der Lage, seine Selbstpflege zu besorgen, sich um die Haustiere zu kümmern und spazieren zu gehen, sich mit Lesen oder dem Computer zu beschäftigen, Hausarbeiten wie Staubsaugen, Putzen oder kleinere Tätigkeiten im Garten zu erledigen, bei der Zubereitung der Essen zu helfen, administrative Dinge zu erledigen, welche von der Ehefrau kontrolliert würden, mit dem Velo ins Dorf, zur Physiotherapie oder zum Arzt zu fahren und mit seiner Ehefrau im Wohnmobil in Urlaub zu fahren (vgl. act. 101 S. 32 f.). Sodann zeugen die in Anspruch genommenen Therapien und Behandlungen von einem gewissen Leidensdruck. Gleichzeitig ist aber auch der positive Verlauf derselben festzuhalten. So hat sich die depressive Symptomatik unter hausärztlicher Medikation bereits zu einer leichtgradigen depressiven Episode zurückgebildet und von einer ambulanten psychiatrischen Behandlung sei gar die Remission der depressiven Symptomatik zu erwarten. Im Weiteren ist den ausführlich begründeten Ausführungen des

rheumatologischen Gutachters zufolge in den somatischen Diagnosen keine ressourcenhemmende Komorbidität zu sehen, zumal sie den Beschwerdeführer weder in seiner bisherigen noch in einer körperliche leichten wechselbelastenden Tätigkeit funktionell beeinträchtigen. Soweit sich der Beschwerdeführer auf seine verminderte Herzfunktion beruft, ist anzufügen, dass in den Vorakten in kardiologischer Hinsicht ein relativ stabiler Verlauf dokumentiert worden ist, was von den Gutachtern mitberücksichtigt worden ist. Bezogen auf die hier in Frage stehende bisherige bzw. angepasste leichte körperliche Tätigkeit sind jedenfalls keine Hinweise für erhebliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aktenkundig. Schliesslich sprechen auch die Fähigkeit zur Führung langjähriger partnerschaftlicher und freundschaftlicher Beziehungen, die regelmässigen sozialen Kontakte und die Alltagsgestaltung für einen geringen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

E. 7.8

Im bidisziplinären Gutachten wurden im Verlauf unter Berücksichtigung der Vorakten folgende Arbeitsunfähigkeiten attestiert: - 30 % ab mindestens November 2013 bis 31. März 2014 - 100 % vom 1. April bis 6. Mai 2014 (stationärer Aufenthalt) - 30 % vom 7. Mai 2014 bis 21. Februar 2016 - 100 % vom 22. Februar bis 11. März 2016 (stationärer Aufenthalt) - 60 % vom 12. März 2016 bis maximal 27. September 2018 - 30 % ab 28. September 2018 (Begutachtungszeitpunkt) Diese Einschätzung beziehe sich sowohl auf die bisherige Tätigkeit als Personaldisponent, welche vor allem eine körperlich leichte Bürotätigkeit mit der Möglichkeit zu wechselnden Körperpositionen beinhalte, als auch für angepasste, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen (act. 99 S. 9 f.). Angesichts des geringen Schweregrades des diagnostizierten Gesundheitsschadens ohne ressourcenhemmende Komorbiditäten, des grundsätzlich positiven Behandlungsverlaufs, dem gefestigten sozialen Umfeld mit Familie und langjährigen Freunden, der selbständigen Alltagsgestaltung, dem Fehlen sozialer Belastungsfaktoren sowie der Vorakten ist diese Einschätzung nachvollziehbar und daher nicht zu beanstanden. Soweit sich der Beschwerdeführer auf das sozialmedizinische Fachgutachten von Dr. med. W. _____ vom 16. Februar 2017 beruft, in welchem kein positives Leistungsvermögen festgestellt worden ist, ist darauf hinzuweisen, dass bereits IV-Arzt Dr. X. _____ mit Stellungnahme vom 15. November 2017 ausgeführt hat, dass dieses Fachgutachten die Voraussetzungen an eine beweiswertige Expertise nicht erfüllt, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Aus dem vom Beschwerdeführer zuletzt eingereichten undatierten Bericht seines Hausarztes Dr. Q. _____, in dem lediglich Diagnosen aufgelistet werden, die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aber in keiner Weise begründet wird, kann der Beschwerdeführer ebenfalls nichts für sich ableiten. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil des BGER 8C_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen). Gestützt auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 8. Oktober 2018 ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei der Ausübung seiner angestammten Tätigkeit und angepassten Verweistätigkeiten mindestens seit November 2013 wie oben angeführt eingeschränkt ist. 8. Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen.

E. 8

Tinnitus

E. 8.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 8.2

Die massgebliche Rentenmeldung des Beschwerdeführers datiert vom 13. November 2014 (act. 44). Aufgrund der festgestellten Arbeitsfähigkeiten (vgl. E. 7.8 vorstehend) resultiert im Zeitraum von Juni 2015 bis Mai 2016 eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % (abgerundet). Ein allfälliger Leistungsanspruch würde somit nach Erfüllung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG frühestens im Juni 2016 entstehen und nicht - wie von der Vorinstanz angenommen - erst im Februar 2017. Entsprechend ist das Jahr 2016 der für die Vornahme des Einkommensvergleichs massgebende Zeitpunkt.

E. 8.3

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). Gemäss Auskunft der C._____ GmbH vom 17. August 2017 erfolgte der Austritt des Beschwerdeführers aus gesundheitlichen Gründen (act. 47 S. 6). Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden dort weitergearbeitet hätte. In seiner angestammten Tätigkeit als Personaldisponent in Deutschland hätte der Beschwerdeführer bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden

jährlich 50'767.- (inkl. 13. Monatslohn) bzw. monatlich 4'230.- verdient (act. 47 S. 6 f.).

E. 8.4

Da der Beschwerdeführer sein letztes Einkommen bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens in Deutschland erzielt hat und für die Bemessung der Invalidität eines im Ausland wohnhaften Versicherten der Vergleich der massgebenden Einkommen auf demselben Arbeitsmarkt erfolgen muss, ist für die Festsetzung des Invalideneinkommens ebenfalls auf den deutschen und nicht auf den schweizerischen Arbeitsmarkt abzustellen (vgl. Urteile des BGer I 299/00 E. 4d/bb; 9C_574/2012 E. 4.1). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3).

E. 8.4.1

Der Beschwerdeführer war vom 1. Juni 2015 bis 30. April 2018 in einer Zeitungsvertriebsfirma in Deutschland in Teilzeit beschäftigt und dabei insbesondere mit dem Zustellen von Zeitungen betraut. Diese Tätigkeit kann jedoch nicht als Grundlage für die Festsetzung des Invalideneinkommens herangezogen werden, zumal dem Beschwerdeführer bis zu einem gewissen Grad seine angestammte Tätigkeit zumutbar ist. Es ist daher auf statistische Werte zurückzugreifen. Da im vorliegenden Fall der Einkommensvergleich bezogen auf den deutschen Arbeitsmarkt zu erfolgen hat, können für die Bestimmung des Invalideneinkommens die statistischen Werte des Bureau international du travail (BIT) herangezogen werden (vgl. < <https://ilostat.ilo.org/topics/wages/> > Gains nominaux mensuels moyens des salariés par sexe et profession, abgerufen am 22.06.2021; Urteile des BGer 9C_574/2012 vom 12. Juni 2013 E. 4.1; 9C_606/2019 vom 20. Mai 2020 E. 6.2.2). Danach betrug der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst für Männer in Deutschland im Jahr 2014 3'404.- bzw. indexiert auf das Jahr 2016 3'565.- (3'404.- : 97.4 [Index Deutschland 2014] x 102 [Index Deutschland 2016]; Index Basis 2015 = 100; vgl. < <https://stats.oecd.org> > Marché du travail > Revenus > Gains horaires (PIE), Activité de fabrication, abgerufen am 22.06.2021).

E. 8.4.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen

Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1). Der Beschwerdeführer war im Verfügungszeitpunkt 56 Jahre alt. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteile des BGer 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.4.1). Im Übrigen ist zu beachten, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind und daher nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (vgl. Urteile des BGer 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2; 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2).

E. 8.5

Nach dem Gesagten ergeben sich folgende Invaliditätsgrade:

E. 8.5.1

Aufgrund der nach Ablauf des Wartejahres bestehenden Einschränkung der Erwerbsfähigkeit im Umfang von 60 % resultiert ab Juni 2016 bei einem Valideneinkommen von monatlich 4'230.- und einem Invalideneinkommen von 1'426.- (40 % von 3'565.-) eine Erwerbseinbusse von 2'804.-, was einem Invaliditätsgrad von 66 % (abgerundet) entspricht.

E. 8.5.2

In der Folge verbesserte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, sodass im Begutachtungszeitpunkt am 28. September 2018 von einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit im Umfang von 30 % auszugehen ist. Bei einem Valideneinkommen von monatlich 4'230.- und einem Invalideneinkommen von 2'495.- (70 % von 3'565.-) resultiert eine Erwerbseinbusse von 1'735.-. Unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ergibt sich damit ab Januar 2019 ein Invaliditätsgrad von 41 % (abgerundet).

E. 8.6

Demzufolge ist dem Beschwerdeführer in teilweiser Gutheissung der Beschwerde befristet für die Zeit von Juni 2016 bis Dezember 2018 eine Dreiviertelsrente und ab Januar 2019 eine unbefristete Viertelsrente der schweizerischen Invalidenversicherung zuzusprechen. Die nachzuzahlenden Rentenbeträge sind nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 9.

E. 9

Intermittierendes Schulter-Arm-Syndrom rechts, differentialdiagnostisch: Thoracic Outlet, Sulcus-ulnaris-Syndrom

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten

ermässigt. Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist von einem hälftigen Unterliegen des Beschwerdeführers auszugehen (vgl. Urteil des BVGer C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.1). Die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten sind dem teilweise unterliegenden Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 400.- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung des Anteils des Beschwerdeführers an den Verfahrenskosten zu verwenden. Der Restbetrag von Fr. 400.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

E. 9.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

E. 9.2.1

Im vorliegenden Fall geht es um die erstmalige Prüfung eines Rentenanspruchs. Der Hauptantrag des Beschwerdeführers auf Gewährung einer fortdauernden (unbefristeten) ganzen Rente wird zwar abgelehnt, doch wird ihm - anders als in der angefochtenen Verfügung - zunächst für einen längeren Zeitraum eine befristete Dreiviertelsrente und anschliessend eine unbefristete Viertelsrente zugesprochen. Das Rechtsbegehren des Beschwerdeführers auf Gewährung einer unbefristeten Rente hat den Prozessaufwand nicht derart beeinflusst, als dass die «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigen würde. In der vorliegenden Konstellation betrifft die zeitliche Dimension des Rentenanspruchs das Quantitativ, sodass von einem Obsiegen im Grundsatz und einem lediglich im Masslichen teilweisen Unterliegen des Beschwerdeführers auszugehen ist. Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine volle Parteientschädigung (vgl. Urteil des BGer 9C_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2; Urteil des BVGer C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.2.4).

E. 9.2.2

Die Entschädigung für eine nichtanwaltliche berufsmässige Vertretung wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE). Der Stundenansatz beträgt für nichtanwaltliche Vertreter mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.- (Art. 10 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Da keine Kostennote eingereicht worden ist, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist für die nichtanwaltliche Vertretung eine Parteientschädigung von Fr. 500.- (inkl. Auslagen) gerechtfertigt.

E. 10

Kniegelenksoperation beidseits (Meniskus)

E. 11

Beginnende medialbetonte Gonarthrose rechts bei Status nach VKB Rekonstruktion

E. 12

Knieoperation rechts mit Glättung der Patella Rückseite 09/2018

E. 13

Epicondylitisoperation rechts

E. 14

Koronare 2-Gefässerkrankung (RCX, RIVA)

E. 15

Zustand nach RCX-PTCA und Stent Versorgung 03/2012 bei Posterolateralwandinfarkt

E. 16

Zustand nach RIVA-PTCA und Stent Implantation 04/2012

E. 17

Paroxysmales Vorhofflimmern (CHA2DS2-VASc-Score = 1)

E. 18

Anamnestisch PAVK im Stadium IIa

E. 19

Adipositas, BMI 32.5

E. 20

Hyperurikämie

E. 21

Zustand nach geschlossener Tuberkulose 1997 Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Personaldisponent, welche vor allem eine Bürotätigkeit mit der Möglichkeit zu wechselnden Körperpositionen beinhalte, aktuell als zu 30 % arbeitsunfähig zu beurteilen. Dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit komme aufgrund der leichtgradigen depressiven Symptome (Reduktion der Konzentration, Grübeln und erhöhte Ermüdbarkeit) sowie aufgrund der Schmerzen im Rahmen der anhaltend somatoformen Schmerzstörung und dadurch einem erhöhten Pausenbedarf zustande. Anamnestisch sei davon auszugehen, dass diese Reduktion der Arbeitsfähigkeit ab mindestens November 2013 bestanden habe und in Phasen höherer depressiver Episoden zu höhergradigen Arbeitsunfähigkeiten geführt habe. So müsse von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit während der beiden Reha-Aufenthalte (2014 und 2016) und einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % ab dem zweiten Reha-Aufenthalt 2016 bis sicher Januar 2017 und höchstens bis zur heutigen Untersuchung aufgrund des Vorliegens einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden (act. 99 S. 9). Die aktuell 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit beziehe sich auch auf eine angepasste Tätigkeit (act. 99 S. 10). Aus rheumatologischer Sicht könne die angestammte Tätigkeit als körperlich leicht bezeichnet werden und sei nicht eingeschränkt. Eine der körperlichen Belastbarkeit angepasste Tätigkeit könne ebenfalls in einem Pensum von 100 % ausgeführt werden (act. 99 S. 10). Gesamtmedizinisch bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Die Restarbeitsfähigkeit könne in einem ideal adaptierten Umfeld wechselbelastend mit Möglichkeit der freien Positionswahl und unter den Empfehlungen im rheumatologischen Gutachten umgesetzt werden (act. 99 S. 10).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.